N° 77.

17.

ESSAI

SUR

LA LUXATION CONSÉCUTIVE DU FÉMUR.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

Peut-on, en analysant l'urine d'un individu atteint d'un calcul vésical, reconnaître la nature de ce calcul?

Qu'est-ce que l'épiderme?

Quelles sont les différentes espèces de fémoro-coxalgies, et quels sont les caractères propres à chacune d'elles?

Des causes de la chlorose.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 6 JUILLET 1838,

PAR CHARLES BIERNACKI,

de Lithuanie (Pologne),

Chirurgien externe de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Quibus, diuturno coxendici dolore vexatis, femoris caput suo loco excidit, iis crus tabescit, et claudicant ii, nisi urantur.

HIPP., *Aphor.*, *sect.* VI.

MONTPELLIER

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1838.

A MES COMPATRIOTES ET AMIS

J. Nepom. JANOWSKI, Jean SZPRĘGLEWSKI,

Constantin BIERGIEL.

CHARLES BIERNACKI.

ESSAI

SUR

LA LUXATION CONSÉCUTIVE DU FÉMUR.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les différentes espèces de fémoro-coxalgies, et quels sont les caractères propres à chacune d'elles?

Avant-Propos.

Au lieu d'exposer brièvement le tableau de chacune de ces maladies, ou bien d'en faire l'histoire complète, j'ai préféré donner la description d'une seule espèce sous le titre de la *luxation consécutive du fémur;* et dans son diagnostic, d'indiquer seulement les autres espèces qui atteignent l'articulation coxo-fémorale, en assignant les caractères qui sont propres à chacune d'elles.

Quant aux autres questions, les limites bornées d'une thèse m'obligent d'y répondre le plus succinctement.

DÉFINITION HISTORIQUE.

Nous dirons, avec M. Boyer (1), qu'on a donné le nom de *luxation consécutive du fémur* à une maladie de l'articulation iléo-fémorale, dans laquelle la tête du fémur, poussée peu à peu hors de la cavité cotyloïde, tantôt monte sur la face externe de l'os des îles, tantôt descend dans la fosse ovalaire, tantôt reste altérée sans déplacement.

Quoique très-fréquente et signalée dans les aphorismes d'Hippocrate (2), cette affection ne fut décrite avec quelque exactitude qu'en 1722 par J.-L. Petit. Plus tard Sabatier (3), Boyer (4), Delpech (5) et les observations cliniques journalières rapportées par MM. les professeurs, ont fait mieux connaître, sinon la nature, du moins les symptômes de cette maladie.

Pour ne pas passer sous silence la synonymie de la maladie qui nous occupe, nous ferons remarquer qu'elle a été appelée tour à tour *coxalgie, luxation spontanée consécutive du fémur, morbus coxarum, fongus articulaire, tumeur blanche,* etc. Cette variété de noms prouve combien les idées des auteurs ont changé sur la nature de cette maladie.

Le choix de tant de dénominations n'est pas facile ; cependant nous adoptons celle de J.-L. Petit, Sabatier et Boyer, quoique nous soyons convaincus de ses défauts signalés déjà par le dernier de ces auteurs et surtout par Delpech (6), parce que cette dénomination est consacrée dans la science ; elle distingue cette maladie de la luxation soudaine et traumatique produite toujours par des violences extérieures, et paraît exprimer sa manière d'être la plus fréquente.

---

(1) Traité des maladies chirurgicales, tom. IV, pag. 306.

(2) Aphor. 59, 60, sect. VI.

(3) Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.

(4) *Loc. cit.*

(5) Précis élémentaire, tom. III.

(6) Ouvrage cité, pag. 725.

COMPOSITION ANATOMIQUE.

Voici quelle est la disposition et quels sont les moyens d'union des membres inférieurs avec le bassin : en procédant du centre vers la circonférence, on voit la cavité cotyloïde de l'os innominé augmentée par le bourrelet cotyloïdien, former avec la tête du fémur une articulation mobile dans tous les sens (enarthrose), recouvertes de cartilages lisses. Le fond de la cavité loge un paquet de tissus cellulo-adipeux, désigné sous le nom de *glandes synoviales*, de *corps frangé*. Ces parties sont maintenues en contact : 1° par la membrane capsulaire du fémur extrêmement épaisse, doublée par la synoviale ; 2° par le ligament rond, faisceau fibreux et vasculeux qui se dirige près du sommet de la tête du fémur au fond de la cavité cotyloïde ; 3° par les muscles qui ont leur attache et leur point d'appui, d'une part sur le bassin, de l'autre sur le fémur et le tibia : tels sont, à la partie antérieure et interne de la cuisse, le psoas, l'iliaque, l'obturateur externe, le pectiné, les trois adducteurs, le droit interne, le droit antérieur, le couturier ; à la partie postérieure et externe, le pyramidal, les deux jumeaux, l'obturateur interne, le carré crural, les trois fessiers, le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux.

Toutes ces parties sont enveloppées par l'aponévrose et le muscle *fascia lata*, enfin par le tégument commun.

CAUSES.

Les recherches des causes des maladies en général, si indispensables à leur traitement rationnel, ont de tout temps fortement occupé tous les praticiens : quoique la variété de ces causes soit un obstacle insurmontable pour les renfermer dans les limites convenables, nous tâcherons cependant d'être courts dans l'énumération de celles qui produisent la maladie qui nous occupe.

A l'exemple de la plupart des pathologistes, nous les diviserons en causes prédisposantes et causes occasionnelles. Parmi les premières, nous remarquerons d'abord celles qui sont communes à plusieurs maladies, comme l'enfance et l'âge adulte, le sexe féminin, le tempé-

rament lymphatique et surtout l'état malsain des agents extérieurs indispensables à l'entretien de la vie, comme l'air, l'aliment, l'habitation, etc.; ensuite celles qui, étant consécutivement effet, deviennent à leur tour cause de cette maladie, comme la rétrocession d'un exanthème cutané, la suppression des règles, le vice scrophuleux, rhumatismal, syphilitique, etc.

Nous croyons nécessaire d'arrêter ici un instant notre attention sur la dernière de ces causes, dont l'action est niée, dans cette maladie, par certains auteurs. Quant à nous, nous sommes convaincu qu'elle est susceptible de produire une foule de désorganisations et d'entrer en combinaison dans toutes les maladies. Nous fondons notre opinion sur plusieurs faits observés à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Voici le résumé de l'un d'eux (1) : parmi les causes occa-

---

(1) Au commencement de 1837, entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, salle des officiers, M. B***, avec une affection à la hanche droite. Ce malade, âgé de 38 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, contracta, il y a environ trois ans, la maladie vénérienne pour laquelle il fit un traitement incomplet. Un an après, il éprouva des douleurs rhumatismales d'abord dans le membre inférieur gauche, ensuite au genou droit; enfin, ces douleurs se fixèrent définitivement à l'articulation coxo-fémorale, y produisirent un gonflement considérable des parties et la perte du mouvement. Le malade fut traité par les saignées, les bains, les ventouses scarifiées, les cautères potentiels, les frictions mercurielles, etc. Pendant les dix-neuf mois que dura ce traitement, il fut par intervalles plus ou moins soulagé; il put même marcher à l'aide de béquilles, cependant la moindre fatigue lui causait des douleurs atroces. C'est dans cet état qu'il entra à l'Hôtel-Dieu. Là, on commença à lui appliquer un grand nombre de cautères potentiels, mais ne voyant presque aucune amélioration, on eut recours au traitement anti-syphilitique : 140 pilules de Sédillot, 16 grains de muriate d'or délivrèrent le malade des souffrances cruelles, et ne lui laissèrent qu'une infirmité viagère, consistant dans le raccourcissement du membre affecté.

Deuxième observation. — L'autre exemple nous offre un malade qui se trouve encore à la salle civile des blessés. Il entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 6 février 1838, avec les mêmes symptômes que le précédent. Le membre inférieur affecté étant plus allongé, on supposa qu'il existait une luxation consécutive du fémur à sa première période. Plus tard, on a reconnu, par le procédé que nous indiquons dans le diagnostic, qu'il s'agissait d'un écartement de l'os des îles. Le malade pendant deux ans fut traité par tous les moyens anti-phlogistiques, révulsifs, tant à l'hôpital

sionnelles, qui sont toutes pour la plupart externes, on peut ranger les contusions, les distensions, les tiraillements des ligaments, les chocs mutuels des surfaces articulaires. Enfin, il est à peine besoin de faire la remarque qu'il y a bien des cas où la cause productrice de la luxation consécutive nous échappe.

Fixons maintenanant notre attention sur l'action de ces causes prochaines. L'opinion des auteurs, à ce sujet, est extrêmement variable. En effet, Portal et de Haën la plaçaient dans l'inflammation des glandes synoviales. Grossius l'attribuait à l'inflammation de la capsule articulaire. Duverney, Camper pensaient qu'elle résidait dans la congestion et l'épaississement de la synovie. Richter croyait qu'elle était le résultat d'une métastase sur l'articulation. Boyer la faisait dépendre de l'inflammation du cartilage articulaire. Delpech, qui pensait que la luxation consécutive coexiste toujours avec le vice scrophuleux, l'attribuait à l'inflammation des tubercules qu'il a rencontrés, soit dans la tête du fémur, soit dans les autres parties qui entrent dans l'articulation.

A côté d'une telle divergence d'opinions, nous ne pouvons rien dire de positif.

SYMPTOMES.

Pour procéder avec méthode dans l'exposition des phénomènes que présente cette maladie, à l'exemple de Boyer, nous lui considérerons deux périodes : dans la première, nous rapporterons tout ce que le malade éprouve depuis l'invasion de la maladie jusqu'au moment où la

---

de Bordeaux qu'à celui de Montpellier, mais toujours sans succès. Enfin, au mois d'avril dernier, il fit l'aveu que trois ans avant cette maladie il avait eu une petite écorchure (d'après son langage) à la verge, qu'il faisait disparaître par le nitrate d'argent et l'acétate de plomb toutes les fois qu'elle reparaissait. Ce précieux aveu du malade changea la face de la question. On lui prescrit un traitement anti-syphilitique; aujourd'hui il commence à marcher; les chairs de la cuisse, de dures et tendues, sont devenues molles et élastiques.

Ces deux exemples nous prouvent que la cause syphilitique peut produire les diverses affections articulaires.

tête du fémur abandonne la cavité cotyloïde : dans la seconde, nous ferons remarquer tout ce qu'on peut voir ou sentir dès l'époque de sa sortie jusqu'à la terminaison.

Première période. Cette maladie débute ordinairement par un sentiment de faiblesse et de roideur que le malade éprouve dans le membre affecté. Ces symptômes précurseurs sont remplacés par une douleur d'abord légère et comme passagère, mais elle ne tarde pas à devenir continue ; elle a beaucoup d'analogie avec les douleurs rhumatismales. Ce qui pourrait jusqu'à un certain point la faire confondre avec cette dernière affection, c'est que la douleur produite par la luxation consécutive n'a pas de siége fixe : tantôt le point le plus douloureux est à l'aine, d'autres fois au genou qui peut être tuméfié ; enfin, la douleur peut occuper tout le membre ; mais il est toujours facile de reconnaître le siége de la maladie, puisque la pression de la hanche augmente les douleurs dans ce point, tandis qu'on peut l'exercer impunément sur les autres parties où la douleur s'est propagée d'une manière sympathique. Lorsque la maladie est produite par une cause interne, la santé du malade n'est presque jamais troublée pendant cette première période ; si, au contraire, elle est le résultat d'une violence extérieure, l'extrémité supérieure de la cuisse est très-engorgée, il y a impossibilité de remuer le membre : à ces symptômes vient se joindre une fièvre très-vive. J.-L. Petit prétendait que le raccourcissement du membre était le premier symptôme qui se manifeste après la douleur, ou qui débute en même temps qu'elle ; mais il est bien démontré aujourd'hui que la douleur est toujours accompagnée de l'allongement du membre : cet effet est dû au gonflement des parties molles contenues dans l'articulation, qui est bien moins prononcé lorsque la maladie débute par la carie, et surtout par celle de la paroi interne de la cavité cotyloïde.

Cet allongement est très-facile à reconnaître. Le malade étant couché sur le dos, les deux épines iliaques, antérieures et supérieures, sur la même ligne transversale, les membres inférieurs placés dans une direction parallèle ; — alors on trouvera que la rotule et la mal-

léole interne du membre malade descendent plus bas que du côté sain. L'allongement, à cette époque de la maladie, est quelquefois très-considérable, alors il n'est pas seulement l'effet de l'éloignement de la tête du fémur, de la cavité articulaire, mais il dépend encore, comme le pensait Hunter, de l'inclinaison du bassin. La claudication, symptôme constant de la luxation consécutive, est une des conséquences de l'allongement du membre et de la douleur de l'articulation. Lorsque l'allongement a acquis une certaine étendue, le malade marche en fauchant, c'est-à-dire en faisant décrire horizontalement à son pied un demi-cercle en dehors et sans l'éloigner du sol, le grand trochanter se trouve plus bas et plus en dehors, les muscles distendus, la fesse aplatie, les ganglions lymphatiques de l'aine engorgés, et le membre commence à s'atrophier : tels sont les symptômes qu'on rencontre le plus ordinairement pendant la première période de la luxation consécutive.

Deuxième période. Lorsque la tête du fémur est amenée sur le bord de la cavité cotyloïde par le gonflement des parties molles contenues dans cette cavité; ou bien lorsque le rebord cotyloïdien est carié et détruit dans sa partie externe, alors le déplacement se fait en dehors, c'est-à-dire que l'éminence fémorale vient se placer dans la fosse iliaque sous le petit fessier, la cuisse se raccourcit, le genou et la pointe du pied se portent en dedans, le grand trochanter se dirige en avant en même temps qu'il se rapproche de la crête iliaque. Le moindre mouvement pour faire reprendre au membre sa position naturelle occasionne des douleurs atroces. Si le malade marche, ce qu'il ne peut faire qu'en appuyant la pointe du pied sur le sol, et en confiant presque tout le poids du corps au membre sain, le raccourcissement augmente : mais quelques jours de repos suffisent, le plus ordinairement, pour ramener le membre dans la position où il était avant cet exercice. La luxation consécutive ne s'opère pas toujours vers la partie externe. Dans quelques cas, fort rares à la vérité, on a vu la tête du fémur s'échapper par la partie interne et aller se placer sur le trou ovalaire en soulevant le muscle obturateur externe :

dans ce cas, il y a allongement, l'extrémité inférieure du fémur s'écarte de celle du côté opposé, la pointe du pied est tournée en dehors, le grand trochanter est abaissé et dirigé dans le sens du pied. Les désordres qui suivent ce déplacement sont bien plus grands que lorsqu'il a lieu par la partie externe, où la tête du fémur a moins d'espace à parcourir pour arriver dans la fosse iliaque externe.

Quel que soit le sens dans lequel s'effectue la luxation, on observe l'ensemble des symptômes suivants : l'engorgement augmente, la peau devient blanchâtre et luisante comme dans les tumeurs blanches ; il se forme autour de l'articulation des abcès qui, ayant leur siége dans les parties profondes, ne sont accompagnés d'aucun phénomène inflammatoire apparent. Après avoir fourni du pus d'une qualité et d'une quantité variables, que ces abcès aient été ouverts par l'art ou bien qu'on ait abandonné ce soin à la nature, leurs trajets restent fistuleux; dans les cas les plus heureux, mais les plus rares, la suppuration disparaît, la fièvre qui avait accompagné leur formation se calme, les trajets fistuleux se ferment, et le malade guérit au bout de plusieurs mois ou de quelques années avec une ankylose. Mais trop souvent le pus continue à couler, il se détériore ; d'épais et de crêmeux qu'il était d'abord, il devient séreux et fétide; la santé du malade s'aggrave, le pus est résorbé, l'amaigrissement est rapide, le pouls s'affaiblit en même temps qu'il s'altère, des sueurs abondantes se manifestent, la peau devient sèche ; enfin, la diarrhée colliquative et le marasme amènent rapidement la mort du malade.

DIAGNOSTIC, MARCHE ET PRONOSTIC.

Comme il existe un assez grand nombre de maladies de la hanche qui peuvent être, dans quelques cas, confondues avec la luxation consécutive, nous allons, en établissant un parallèle entre ces affections et celle qui fait le sujet de notre travail, nous efforcer de faire ressortir les signes à l'aide desquels on peut les distinguer. Nous tâcherons de faire cela avec d'autant plus d'exactitude, que ceci nous dispensera de nous occuper à part des autres espèces de fémoro-coxalgies et de leurs caractères propres.

Parmi les maladies qui peuvent être confondues avec celle qui nous occupe, on peut ranger :

1° *La luxation originelle,* mentionnée déjà par Hippocrate (1) et si bien décrite par Dupuytren (2). Les symptômes sont les mêmes dans l'un et dans l'autre cas, mais dans la luxation originelle il y a absence de douleur, d'engorgement ; on ne rencontre autour de l'articulation, ni abcès, ni fistules, ni cicatrices résultant de la guérison des abcès; enfin, cette espèce de l'articulation est presque toujours double. Selon la remarque du Père de la médecine, les individus qui portent cette infirmité « *inter ambulandum ab utrâque parte jactantur, iique valdè prominentibus natibus conspiciuntur, eò quòd articuli suo loco excesserunt* (cap. III). » Dans la luxation consécutive on observe tous les symptômes contraires.

2° *La luxation dans les différents sens à la suite d'une violence extérieure.* Dans ce cas, l'allongement ou le raccourcissement du membre ont lieu d'une manière subite, tandis que dans la luxation consécutive il y a d'abord allongement, puis raccourcissement. La luxation consécutive est toujours précédée de quelques symptômes précurseurs, l'autre ne l'est jamais; la première est irréductible, tandis que la seconde est toujours réductible, du moins dans le principe.

3° *Fracture du col du fémur.* On les différenciera toujours, si l'on fait attention que dans la luxation il y a presque toujours allongement du membre, dans la fracture il y a raccourcissement ; dans la luxation le malade peut marcher, dans la fracture il y a impossibilité de remuer le membre.

4° *Ecartement spontané de l'os des îles.* Pour distinguer cette maladie de celle qui nous occupe, nous exposerons ce que nous avons vu faire dans un cas semblable. M. le profes.r Lallemand mesura d'abord

---

(1) *De articulis.*

(2) Clinique chirurgicale, tom. III.

exactement la distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, et puis l'espace compris entre cette même épine et le bord supérieur de la rotule à chaque membre. En comparant le résultat des deux mesures, il expliqua le phénomène d'une manière précise. Lorsqu'il y a écartement de l'os des îles, la distance de l'ombilic aux deux épines iliaques antérieures et supérieures sera inégale ; et, dans le cas de luxation consécutive, c'est l'espace entre les deux épines iliaques indiquées et le bord supérieur de la rotule qui sera inégal, et *vice versâ.*

Mais il n'est pas toujours si aisé de reconnaître si la luxation consécutive du fémur est le résultat du vice scrophuleux, rhumatismal, syphilitique, ou si elle est le produit de toute autre cause.

Les auteurs indiquent cependant quelques signes qui peuvent, jusqu'à un certain point, nous éclairer sur la nature de la maladie. Si le malade est encore dans l'enfance, qu'il ait la peau fine, blanche, la lèvre supérieure épaisse, les yeux brillants, etc.; en un mot, qu'il présente tous les caractères de la physionomie scrophuleuse, il est probable que la maladie dépend du *vice scrophuleux.*

Si, au contraire, le malade est adulte, pléthorique ; si la maladie a commencé en automne ou en hiver, après des variations de température ; si la douleur a été violente dès le début et ne s'est pas bornée à l'articulation de la hanche, mais en a attaqué plusieurs à la fois ; si le gonflement a suivi de près la douleur, s'il présente une tumeur plus ou moins circonscrite, élastique et sans changement de couleur à la peau, il est probable que la luxation est de *nature rhumatismale.*

Quant à la *cause syphilitique,* rien ne s'oppose tant à découvrir la vérité, à reconnaître la nature de la maladie, que l'ignorance de l'individu. L'inefficacité cependant de tel ou tel traitement, les différentes circonstances que le bon sens du médecin peut seul apprécier, lui servent d'un puissant auxiliaire pour faire un véritable diagnostic de l'affection qui dépend de cette cause.

Passons maintenant à la *marche* et au *pronostic* de la maladie. L'observation clinique prouve que si cette maladie est sous l'influence du

vice scrophuleux, et le malade jeune, sa marche est rapide: quelques mois suffisent pour amener l'exarticulation et la formation des abcès par congestion. Le plus ordinairement ce n'est qu'au bout de plusieurs mois et même de quelques années, que ces symptômes se produisent lorsque la luxation dépend d'une autre cause.

Le *pronostic* de cette maladie est toujours grave. Si elle laisse encore des chances de guérison à son début, il n'en est pas de même lorsque l'exarticulation a lieu, surtout s'il y a déjà un abcès. Alors on ne peut espérer que deux choses: ou bien la tête du fémur se creusera une nouvelle cavité, ou bien elle se soudera avec un point de l'os des îles: la claudication accompagnera l'une et l'autre de ces terminaisons, qui se rencontrent si rarement, qu'il n'est jamais raisonnable d'y compter. La luxation consécutive par cause externe est bien moins grave que celle qui est sous l'influence d'une cause interne. Il n'est pas indifférent, pour assurer son pronostic, de considérer le point où la tête du fémur se porte; lorsqu'elle se place dans la fosse ovalaire, les désordres sont bien plus grands. Les maladies antérieures et l'état de débilité du malade doivent aussi être pris en considération. Lorsque le sujet est robuste, l'affection fait des progrès plus lents, et peut être guérie facilement. Nous terminerons ce qui a rapport au pronostic, en disant que l'apparition des abcès par congestion est presque toujours le signal d'une mort plus ou moins prochaine.

LÉSIONS ORGANIQUES.

Au défaut de nos propres observations, nous nous bornerons à l'exposition d'un résumé très-succinct des travaux de Boyer, de Delpech et de tant d'autres sur les lésions organiques que les nécropsies font découvrir chez les individus qui succombent à la suite de la maladie dont nous nous occupons. Et pour procéder avec ordre, nous signalerons d'abord que, dans la période moins avancée de la maladie, on peut rencontrer seulement une simple tuméfaction des parties cartilagineuses et osseuses; mais le plus souvent ces parties étudiées séparément présentent des désorganisations très-variables. C'est ainsi

qu'en examinant la cavité cotyloïde, on peut voir : *a*) la carie avec une perte de substance plus ou moins considérable, *b*) la perforation du fond de cette même cavité, par là une communication entre cette cavité et la cavité pelvienne : de là, le passage facile des produits morbides dans le petit bassin : de là, des infiltrations, des épanchements dans le tissu cellulaire pelvien ; de là, enfin, l'écoulement de matières puriformes à travers l'intestin rectum et l'anus par un trajet fistuleux ; *c*) quelquefois on aperçoit qu'autour de la perforation de la cavité cotyloïde, le tissu cellulaire pelvien se condense, s'épaissit, s'oppose au trajet ultérieur des liquides pathologiquement sécrétés, isole, abrite les viscères contenus dans l'enceinte du bassin, et forme une cloison, une limite que franchit très-rarement la maladie.

La tête du fémur est souvent le siége de désordres graves : la carie, l'affection tuberculeuse peuvent l'envahir, la désorganiser, la détruire plus ou moins, tant dans sa partie osseuse que dans sa partie cartilagineuse, malgré l'opinion contraire de M. Velpeau, qui ne craint pas de soutenir que cette dernière est une enveloppe inerte, tout-à-fait inorganique, s'usant mécaniquement, non susceptible d'aucune maladie.

La membrane synoviale est toujours le siége d'altération plus ou moins profonde ; elle perd son aspect poli, sa lucidité, elle est épaissie, rouge, injectée, inégale dans sa surface libre. Le produit de l'exhalation de cette membrane est altéré : des concrétions membraniformes, fibrineuses, ainsi qu'un liquide sanieux, se forment dans l'intérieur de l'articulation. Ce dernier s'échappe bientôt et fait irruption au loin, en décollant les muscles, en creusant des trajets fistuleux, et en donnant naissance à de véritables abcès par congestion.

Le corps frangé peut être fortement enflammé ou envahi par un fongus hématodes, il peut passer à l'état squirrheux hydatique etc. ; son gonflement sert à expliquer l'allongement du membre, et plus tard la sortie de la tête du fémur. Les ligaments sont aussi plus ou moins altérés, comme les parties précédentes. Enfin, nous croyons inutile de revenir sur ce que nous venons de dire, que ces désorganisations dans l'articulation sont toujours accompagnées de désordres très-marqués dans les parties environnantes.

TRAITEMENT.

Les moyens auxquels on a eu recours depuis Hippocrate jusqu'à nos jours pour combattre cette grave maladie, sont les suivants : des saignées générales et locales, des ventouses et des cautères autour de l'articulation, des cataplasmes et des fomentations émollientes, des bains, l'émétique à haute dose, le mercure à l'intérieur et à l'extérieur, etc. Celui qui voudrait aujourd'hui exposer de quelle manière on emploie ces puissants agents thérapeutiques, perdrait inutilement son temps; leur usage est si commun et tellement à la portée de chaque homme de l'art, qu'il suffit de les énumérer simplement pour savoir comment on doit les employer. Mais le point le plus important, c'est de juger convenablement dans quelle occasion, dans quels cas on doit les appliquer.

Voulant spécialiser les différentes faces de cette seconde question, nous sommes obligé de prendre en considération les causes de cette maladie, sa période plus ou moins avancée, ses complications, le tempérament, l'état de santé ou de débilité du malade; c'est en examinant l'ensemble de ces circonstances que nous pouvons faire ressortir un traitement rationnel. Toutes les fois, en effet, que l'exarticulation n'existera pas encore, que la maladie aura été produite par une cause externe, il faudra ordonner le repos le plus absolu du membre malade, la diète, les saignées; en un mot, toute la série des anti-phlogistiques et quelquefois des contre-stimulants. Lorsque la luxation consécutive est sous l'influence d'une cause interne, son traitement nous présente trois indications à remplir : dans la première, on combattra les symptômes inflammatoires lorsqu'ils existent; dans la seconde, on révulsera au-dehors le principe morbifique fixé sur l'articulation; dans la troisième, on agira par une médication appropriée sur le vice général. La première indication sera remplie par la médication que nous venons de mentionner; mais on la modifiera selon l'intensité de l'inflammation, la cause de la maladie et l'idiosyncrasie du sujet. Les symptômes inflammatoires une fois calmés, il faut révulser au-dehors le principe morbifique : une série de médicaments plus ou moins effi-

caces ont été conseillés par les praticiens pour arriver à ce résultat. Les principaux sont : des frictions, soit avec l'onguent napolitain, soit avec les liniments volatils et camphrés ; le cautère actuel, le cautère potentiel, le moxa, le séton, les vésicatoires. Auquel de ces médicaments donner la préférence? Nous voyons à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi employer, avec le plus grand succès, des frictions et le cautère potentiel ; nous reconnaissons à ce dernier la propriété remarquable de prévenir la formation des abcès. Boyer, Velpeau vantent dans cette maladie les vésicatoires larges et répétés. En même temps qu'on a recours à ces moyens, il faut combattre le vice interne. Comme les causes internes qui peuvent donner lieu à la luxation consécutive sont très-nombreuses, et, pour la plupart, exigent une médication spéciale, nous serions entraîné trop loin si nous voulions décrire chacune d'elles en particulier; nous nous contenterons de dire qu'elles doivent être combattues par une médication et des soins hygiéniques appropriés à la nature de la cause et à l'idiosyncrasie du sujet.

Lorsque l'exarticulation est effectuée, on doit encore recourir au traitement révulsif ; on doit, dans ce cas, employer de préférence les cautères, les moxas, non dans le but de faire rentrer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, mais bien pour empêcher la suppuration, comme nous l'avons déjà dit, et pour la diminuer lorsqu'elle existe déjà. Lorsqu'il ne s'est point formé d'abcès, que les symptômes locaux diminuent, on peut soupçonner qu'il y aura formation d'une fausse articulation ; on favorisera, autant qu'on le pourra, la nature, en faisant garder le lit au malade. Lorsqu'on jugera que l'articulation anormale est déjà solide, on pourra permettre au malade de marcher ; mais il aura soin de se servir de béquilles et de ne confier que graduellement le poids du corps au membre qui est encore dans un état valétudinaire : on pourra encore ordonner des bains et des douches d'eau minérale sulfureuse. Le plus ordinairement le déboîtement de la tête du fémur se complique d'abcès : si ces abcès sont de nature inflammatoire, les uns conseillent de les ouvrir aussitôt que la fluctuation est apparente, en pratiquant une légère incision qu'on laissera cicatriser, et recommandent de renouveler l'incision toutes les fois

qu'une collection purulente se reproduira ; les autres veulent qu'on les ouvre largement dès le début. Boyer faisait de petites incisions et n'ouvrait ces abcès que le plus tard possible, en abandonnant quelquefois ce soin à la nature. Si c'est un abcès par congestion, on le traitera comme tous ceux qui sont dus à une altération de la colonne vertébrales. Dans quelques circonstances, malheureusement trop rares, la tête du fémur contracte des adhérences avec l'os des îles, et l'on voit diminuer les symptômes locaux et généraux ; il faut alors donner au membre une position convenable, placer le malade dans des circonstances hygiéniques, recourir à une médication et à une alimentation propres à rétablir ses forces et à favoriser le travail de la nature.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Peut-on, en analysant l'urine d'un individu atteint d'un calcul vésical, reconnaître la nature de ce calcul ?

Les phénomènes de la vie humaine et la nature de tous ses produits, par conséquent de l'urine, n'étant pas du ressort de la chimie ordinaire, cette science, dans l'état actuel, ne peut donc fournir que des données *approximatives* sur cette matière sécrétée, ainsi que sur ses altérations morbides.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Qu'est-ce que l'épiderme?

L'épiderme cuticule est la couche la plus extérieure de la peau.

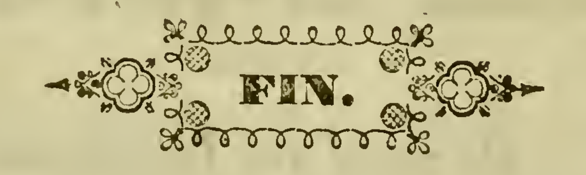
Dans l'état actuel de la science, il est regardé comme un corps

inorganique, comme un produit de sécrétion cornée, demi-transparente, qui se moule sur la surface des papilles à la manière d'un vernis, et les garantit contre l'impression des corps extérieurs.

SCIENCES MÉDICALES.

Des causes de la chlorose.

Il est difficile d'établir une division exacte des causes de la chlorose, en prédisposantes et occasionnelles, parce que presque toutes, par leur action continue et prolongée, peuvent la faire naître. Cependant on doit regarder comme prédisposantes les suivantes : l'action de l'air froid ou vicié, le tempérament lymphatico-nerveux, l'habitation des lieux bas et humides, les aliments peu nourrissants et difficiles à digérer, une vie oisive et trop sédentaire, les veilles excessives, un sommeil trop prolongé, les fortes contentions d'esprit, la trop grande assiduité à l'étude, enfin, toutes celles qui tendent à affaiblir et à détériorer la constitution du sujet; tandis qu'on doit regarder comme occasionnelles les suivantes : les tracas domestiques, des vexations ou des chagrins d'autre nature, un amour concentré ou contrarié, l'excitation trop fréquente des organes génitaux, la masturbation, la suppression trop prolongée des règles ou leur écoulement immodéré, *les évacuations sanguines abondantes* et trop souvent répétées.



SERMENT.

En *présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène, Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne et externe, Accouchements.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, Président.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
....	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN, *Suppléant.*	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KÜNHOHLTZ.	BATIGNE, *Suppléant.*
BERTIN.	POURCHE, *Examinateur.*
BROUSSONNET.	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN, *Examinateur.*
DELMAS.	SAISSET.
VAILHÉ.	ESTOR.
BOURQUENOD.	
